

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0874000193		
法人名	株式会社 スマイルケア		
事業所名	グループホーム「にこにこ」		
所在地	茨城県つくばみらい市福岡1272		
自己評価作成日	平成21年8月26日	評価結果市町村受理日	平成21年11月26日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成21年10月21日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>一家和楽を理念とし、喜びも悲しみも入居者職員共に共有し、家族として日々を過ごしております。 2ユニットで各ユニットごとに目標をたて、入居者の皆様にその方らしく生活して頂ける様、前進の毎日を送っております。</p>

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>理念に掲げられている一家和楽を目指し、利用者一人ひとりを大切にしたい関わりを持つために各ユニットごとに職員が主体となって年頭に目標を掲げケアに取り組んでいる。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	一家和楽という地域密着型になる前からの理念である。理念の共有実践は出来ている。	ケアの中で「家族」という言葉を使っている。認知症状についても分かち合う家族、個々の思いに答えるケアの実践を心がけ、寂しい思いをさせないように配慮し家族的なふれあいの中で会話を大事にしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	具体的な活動はないが、散歩や買い物時でのあいさつなどを交わし交流している。	小学校の運動会や地域行事に参加、日常的な挨拶からグループホームの理解・認知度を高める取り組みがある。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	特に無い。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ご要望などを、伺いサービスの向上に努めている。	利用者の思いを反映させるため各ユニットリーダーも会議に参加している。民生委員の参加が地域交流の橋渡しとなっている。会議の内容は利用者家族全てに報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	取り組んでいる。	中学生の体験学習や小学生の慰問の受け入れを行っている。市とは待機者の情報や入所相談などで連携を取っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	事務室への掲示や、会議で啓発している。	玄関にセンサーを設置したり、職員の声かけで施錠しないケアに取り組んでいる。身体拘束に関する勉強会には代表者が参加し、伝達講習を行っている。予測されるリスクについては入所時や状態の変化時に個々の生活歴を踏まえ話し合いが行われている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	行っている。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修などで学んでいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご意見箱の活用や面会時、運営推進会議で報告をしている。	家族の面会時に意見交換の場と捉え、積極的に声かけを行い、意見・要望を聞くようにしている。面会の少ない家族には利用者の状況を電話で報告し面会を推進している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定期の会議や随時で話を聞く機会を設けている。全て反映出来ている訳ではない。	ユニット会議で提案された気づきやアイデアは計画書を作成し、実施に向けてケア会議等で話し合いが進められている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内の定期研修会の開催、随時の外部研修参加を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	開始したばかりで、現在交流は管理者のみ。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	不安のひとつである環境の変化に対応する生活環境支援をしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	生活状況やその他変化など面会時や家族会等で話し合う機会を作っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活を共有している意識を持って良い関係を築く努力はしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族のご本人への思いを受け止めお互いに協力しあいながら本人を支える努力をしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	努力する必要がある。	利用者のこれまでの人間関係を把握し、関係が継続できるよう家族との話し合いを持ち、兄弟とのお茶会や馴染みの床屋に出かけるなどの案を提示し、取り組んでいる。	連絡が困難な家族等、困難事例について包括支援センターと連携を取ることを提案したい。
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者各々の今までの生活背景や考えに配慮して良い関係作りに努力している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	今までは遠方からの入居者も多く関係の継続が難しい状況であったが地域密着型の特性を生かし今後は支援したい。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	思いや希望に添うよう支援している。	利用者や家族との会話や表情・生活歴などから把握に努めている。職員の気づきは気づきノートに記載全員で共有している。職員には五感を大事にした関わりが大切と、指導している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家庭を訪問しアセスメントを行っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一人一人の生活プランを実践し状況に応じて変えている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人を交えて家族かかりつけ医との連携を行いながら生活支援プランを作っている。	状態の変化に応じて専門職である医師の意見も取り入れ個別の具体的な計画となっている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	業務日誌ケア記録支援経過それぞれに記録し職員間情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状況の変化などにはその都度ご本人ご家族と話し合いながら対応している。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近隣の行事への参加やボランティアの受け入れを行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	2週に1回の訪問診療を行い体調の変化急変ある時の対応やかかりつけ医病院との連携を行っている。	協力医療機関の他、かかりつけ医での受診も可能で受診結果は事業所・家族で共有できている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	生活の中で状態の変化への気づきや観察を行い看護師へ報告を行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関にある市域連携室相談員との連携を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本年から行っている。	重度化した場合や終末期支援のあり方について利用者家族に説明を行い同意書をいただいている。状況に応じ、医師を交えた話し合いが行われ随時医師を確認した取り組みがあり、家族の付き添い宿泊の支援が整っている。職員には急変時の対応に対し、勉強会・話し合いの場が設けられている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時の対応方法をミーティングや勉強会で定期的に行っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災非難訓練を年2回定期的に行っている。非難誘導場所も定めている。	消防署の協力を経て昼夜想定避難訓練を行っている。民生委員を通じて地域との協力体制も築けている。	

茨城県 グループホーム「にこにこ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	認知症ケアの勉強会講演を聞く。ミーティングでの話し合いなど更に勉強の気持ちで努力している。	認知症状を理解することで一人ひとりを尊重した対応を心がけている。個人情報の管理については責任ある取り扱いと管理を徹底し、職員には守秘義務を指導している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人が生活の中で自分の言葉や態度で要望出来る様話し合う場を多くする様努力している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人一人に対応するプランが多い為時に業務優先になる時もあるが努力している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	ご本人と相談しながらその日の洋服を決めている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備が出来る方は行っている。	朝食は個々のペースに合わせて、起きた順に摂ってもらっている。時に外食や行事食を取り入れ雰囲気作りを大切にしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	朝食夕食後に口腔ケアを行っている。看取りの入居者は毎食後行っている。		

茨城県 グループホーム「にこにこ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	一人一人の身体能力や認知状況に応じて対応している。	利用者の残存能力による一方的な判断で対応を決めるのではなく、本人を交え話し合いを行い、理解・納得の上での対応を行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	十分に配慮し行えている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日を決めている。	利用者の希望を配慮し、入浴日を決めている。また、同姓の職員が介助できるよう職員のローテーションの工夫がみられる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	行えている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬の提供はしっかり行っているが薬の内容については全員は理解していない。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	過去の生活歴から今また出来る楽しみを探り話し合いを持ちながら支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	買物外出は日常的に行っている。またお誕生日外出では思い入れのある場所など家族と相談しながら支援している。	生活の継続として日常的な買い物・散歩や、五感を刺激する機会としての季節に応じた外出等の支援を行っている。また、利用者の思いに沿った個別の支援も行っている。	

茨城県 グループホーム「にこにこ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご本人の希望を聞き自己管理をされている方もいる。ご家族のホーム管理希望の時はご本人と話し合いで決めている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	行えている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	トイレ洗面所の電気が暗い。お湯がでないとの指摘がある。全体的なメンテナンスの見直しを必要に応じて検討している。	職員が調理している台所とリビングが繋がっていて会話をしながら食事の準備が出来る空間となっている。庭には利用者がかわいがっている犬がいて家庭的な演出がある。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	今の居場所がご本人にとって苦痛ではないか観察を行いながらより良い空間作りに努力している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人ご家族と話し合いながらその都度検討工夫している。	好きな家具を持ち込み居心地のよい生活の配慮がある。廊下から居室の様子が伺えるよう、雪見障子が備え付けられプライバシーを確保しながら利用者の安否を確認できるようになっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	長期入居によるADLの低下により、不具合な部分があるが、職員の工夫で環境を作っている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
 目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	29	地域資源の情報収集、把握が出来ておらず、活用出来ていない。	地域資源の情報収集をし、必要に応じ活用出来る。	<ul style="list-style-type: none"> ・市社協に行き、情報を得る。 ・市の広報を見て情報を得る。 ・入居者のニーズをつかむ。 	12ヶ月
2	47	服薬支援で、入居者個々の薬の内容や目的、副作用等の理解が出来ていない。	個々の入居者の内服薬とその内容を覚える。	個々の入居者の内服薬一覧表(作用など入り)を作り、見て覚え、かつ薬の情報を共有する。	1ヶ月
3	38	入居者へ関わりあいを持つ時間を増やしたい。	各ケア担当者が関わりを深め、更に入居者を良く知る。	関わりを持つ時間を工夫して作る。	6ヶ月
4	20	入居者が大切に思う人や馴染みの場所への関係作りを、もっと支援したい。	入居者を中心として、それを支える人達との関係作りを更に行い、馴染みの人・場所との良い相互関係作りをする。	連絡が困難な家族等、困難事例については、地域包括支援センターへ連携し相談する。ご家族の事情へ配慮しながら、相談し理解頂きながら支援する。	6ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。